

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/21478>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Verwijzingen door huisartsen naar KNO-artsen

A.G.M. JANSEN HOLLEBOOM
E.H. VAN DE LISDONK
H. BOR

Jansen Holleboom AGM, Van de Lisdonk EH, Bor H. Verwijzingen door huisartsen naar KNO-artsen. *Huisarts Wet* 1995; 38(2): 49-52.

Samenvatting In de Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen bedraagt het aantal verwijzingen naar KNO-artsen ongeveer 14 per 1000 patiëntjaren. Het verwijscijfer is het hoogst in de jongste en oudste leeftijdsgroepen. Op alle leeftijden worden mannen vaker verwezen dan vrouwen. KNO-aandoeningen met een hoge incidentie (verkoudheid, cerumen, otitis media acuta) worden zelden verwezen, KNO-aandoeningen met een lage incidentie (doofheid, carcinoom van keel of larynx, otitis media chronica/cholesteatoom, otosclerosis) vaak. Het patroon van aan de KNO-arts aangeboden aandoeningen is in de loop van 20 jaar veranderd: het aandeel van hypertrofie der tonsillen, otitis media acuta en tonsillitis is sterk gedaald, dat van otitis media met effusie en doofheid duidelijk gestegen.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale geneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Drs. A.G.M. Jansen Holleboom, co-assistent,
Dr. E.H. van de Lisdonk, huisarts, H. Bor, informaticus.
Correspondentie: Dr. E.H. van de Lisdonk.

Inleiding

In de huisartspraktijk bedraagt de incidentie van bovenste-luchtwegaandoeningen ruim 400 per 1000 patiënten per jaar; dat is ongeveer een kwart van de incidentie van alle geregistreerde aandoeningen. De meest gestelde diagnoses op dit gebied zijn verkoudheden, cerumen, sinusitis, otitis media en tonsillitis. Chronische aandoeningen op dit terrein zijn kwantitatief minder van betekenis, met uitzondering van doofheid.¹⁻³

Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling, conform bevindingen van recent wetenschappelijk onderzoek, zijn te vinden in de NHG-Standaarden Otitis Media Acuta, Otitis Media met Effusie en Acute Keelpijn.⁴ Van het verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten werden het proces en de inhoud (het bijpassend morbiditeitspectrum) weinig bestudeerd, de kwantiteit en de inter-doktervariatie daarentegen vaak, de laatste jaren vooral in het kader van het bevorderen van efficiency en kostenbewust handelen.⁵

Met de trefwoorden 'verwijzen', 'KNO-aandoeningen', 'bovenste-luchtweg aandoeningen' en 'KNO-arts' leverde een zoektocht in *Huisarts en Wetenschap*, *Medisch Contact* en het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* over de periode 1972 t/m juli 1994 slechts drie publikaties op. In de internationale literatuur werd niet gezocht, omdat de verschillen in gezondheidszorgsystemen vergelijkingen mank doen gaan. Enkele bevindingen uit de drie Nederlandse studies met betrekking tot het verwijzen zijn:

- Van Weel bestudeerde het geneeskundig handelen bij luchtwegaandoeningen en vond dat in kwantitatief opzicht de rol van de KNO-arts vooral bij hypertrofie van adenoïd en tonsillen ligt, en in beperkter mate bij sinusitis.⁶
- Dekker et al. vonden bij 692 verwijzingen naar logopedisten dat vooral schoolartsen en onderwijzend personeel de bijbehorende problematiek signaleerden.⁷
- Kuyvenhoven et al. vonden dat in 3 procent van alle contacten voor bovenste-luchtweginfecties een patiënt werd verwe-

zen; het hoogste verwijspercentage deed zich voor bij otitis media met effusie.⁸

Ook in enkele recente proefschriften over KNO-aandoeningen in de huisartspraktijk kreeg het verwijzen naar een KNO-arts slechts marginaal aandacht. Appelman & Claessen onderzochten het beloop van otitis media acuta bij kinderen van 0,5 tot 12 jaar oud. Een niet nader uitgewerkte bevinding was dat een derde van de kinderen die een of meer recidieven otitis media acuta doormaakten, binnen een jaar na de eerste episode werd verwezen naar een KNO-arts, met name vanwege persisterende dysfunctie van het middenoor.⁹ Schilder bepleitte, op grond van een follow-up van enkele jaren van een cohort van ruim 1000 kinderen, terughoudendheid met het plaatsen van trommelvliesbuisjes en adviseerde herhaald controleren bij kinderen die otitis media met effusie doormaakten, echter zonder hiervoor concrete richtlijnen te geven.¹⁰ Dagnelie verrichtte een placebo-gecontroleerde studie naar de effecten van penicilline bij 239 patiënten die met keelpijn de huisarts bezochten en voldeden aan ten minste drie van een viertal klinisch relevante kenmerken (koorts, exsudaat op de tonsillen, lymfadenopathie in de hals, afwezigheid van hoesten). Onbesproken blijft dat geen van deze patiënten in de follow-up bleek te zijn verwezen.¹¹

Discrepancie tussen enerzijds de hoge incidentie van KNO-aandoeningen in de huisartspraktijk en enkele belangrijke recente veranderingen in het beleid op dit terrein, en anderzijds het beperkt aantal Nederlandstalige verslagen van wetenschappelijk onderzoek op dit gebied leidde tot bestudering van de verwijzingen van huisartsen naar een KNO-arts aan de hand van de volgende vragen:

- Hoe vaak verwijzen huisartsen naar een KNO-arts?
- Tot welke leeftijd/geslachtsgroepen behoren de verwezen patiënten?
- Voor welke aandoeningen zijn/worden deze patiënten verwezen?
- In hoeverre zijn er in de loop van 20 jaar verschuivingen opgetreden in het aantal en de aard van deze verwijzingen?

Methode

De gegevens voor dit onderzoek zijn afkomstig uit de Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen (CMR).¹² In de CMR worden verwijzingen al sinds 1971 vastgelegd, per specialisme en gekoppeld aan de uiteindelijke diagnose van de ziekte-episode. Dit geldt ook voor de verwijzingen die tot stand komen via waarnemers of op initiatief van patiënten. Herhaalverwijzingen naar hetzelfde specialisme binnen dezelfde ziekte-episode worden niet geregistreerd. Deze keuze werd gemaakt, omdat hiermee het actieve verwijsbeleid van de huisarts zichtbaar kan worden gemaakt. Niet aan de orde is hier het verwijsgedrag dat als verrichtingencijfer is af te lezen uit de telling van alle verwijzingen.

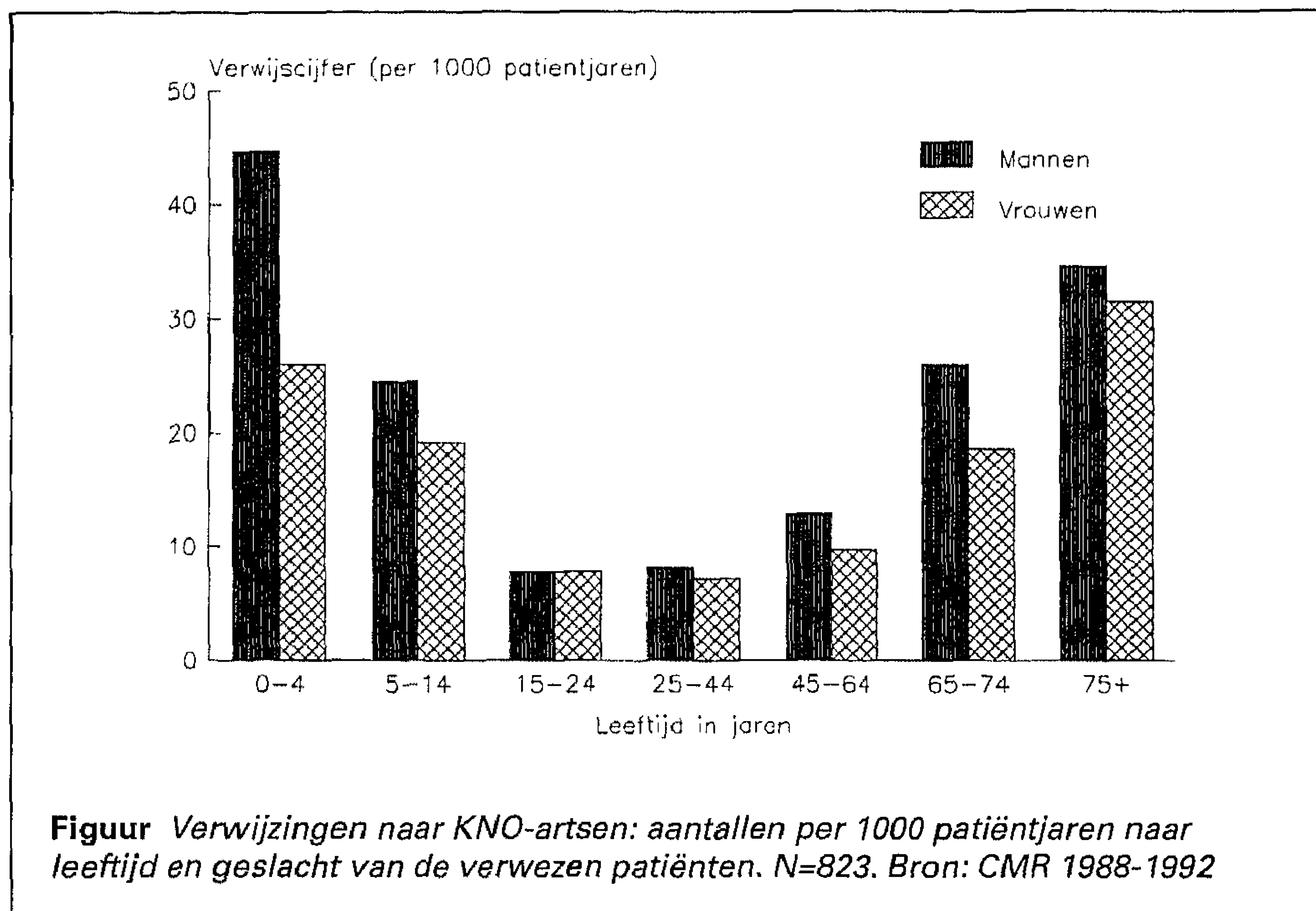
De KNO-verwijzingen konden, op basis van de unieke codering voor verwijzingen per specialisme, direct als bestand uit de database worden geselecteerd voor analyse. Conform een eerdere publikatie wordt voor de omvang het aantal verwijzingen per 1000 patiënt-jaren als maat gehanteerd, en voor het aantal verwijzingen bij nieuwe ziektegevallen het verwijsperscentage, dat is de verhouding tussen verwijscijfer en het incidentiecijfer vermenigvuldigd met 100. Veranderingen in de afgelopen twintig jaar worden weergegeven in vier vijfjaarsperioden, waarin per periode het totaal aantal verwijzingen naar KNO-artsen op 100 procent is gesteld.¹³

Resultaten

In de periode 1988-1992 werden in de CMR 823 verwijzingen naar KNO-artsen geregistreerd. Dat zijn er 14 per 1000 patiëntjaren, ruim 8 procent van het totale aantal verwijzingen naar medisch specialisten in die periode.

De resultaten naar leeftijd laten een U-vormig verband zien: een hoog verwijscijfer bij de allerkleinsten, laag op volwassen leeftijd en bij de senioren stijgend met het toenemen van de leeftijd (*figuur*). Met uitzondering van de leeftijdsgroep 15-24 jaar zijn de verwijscijfers bij mannen hoger dan bij vrouwen.

Uit *tabel 1* blijkt dat de verwijzingen



naar een KNO-arts een ander spectrum van aandoeningen vertonen dan op basis van het incidentiecijfer uit de huisartspraktijk kan worden verwacht. De meest

voorkomende bovenste-luchtwegaandoeningen in de huisartspraktijk zijn verkoudheden, cerumen, otitis media acuta, otitis media met effusie, sinusitis en tonsillitis.

Tabel 1 Verwijspercentages van KNO-aandoeningen in volgorde van voorkomen in de huisartspraktijk (CMR 1988-1992). Incidentiecijfer per 1000 patiëntjaren, verwijzingen in absolute aantallen

| KNO-aandoeningen | Incidentiecijfer | Verwijzingen | Verwijspercentage |
|-------------------------------------|------------------|--------------|-------------------|
| Verkoudheid | 215 | 4 | <1 |
| Cerumen | 48 | 8 | <1 |
| Otitis media acuta | 23 | 26 | 2 |
| Otitis media met effusie | 23 | 148 | 11 |
| Sinusitis | 22 | 18 | 1 |
| Tonsillitis | 20 | 15 | 1 |
| Doofheid | 3 | 155 | 82 |
| Hypertrofie tonsillen | 2 | 64 | 51 |
| Otitis media chronica/cholesteatoom | 1 | 40 | 83 |
| Neuspoliepen | 1 | 19 | 56 |
| Neusseptumdeviatie | 1 | 23 | 74 |
| Poliep stemband | <0,5 | 3 | 75 |
| Carcinoom keel/larynx | <0,5 | 4 | 100 |
| Otosclerosis | <0,5 | 4 | 100 |
| Overige KNO-aandoeningen | 44 | 147 | 1 |
| Totaal KNO-aandoeningen | 398 | 678 | 3 |

Tabel 2 Verwijzingen naar de KNO-arts in vijfjaarsperioden naar bij die verwijzing geconstateerde aandoening. Percentages (tussen haakjes absolute aantallen)

| | 1971-75 | 1976-80 | 1981-85 | 1986-90 |
|--|------------|------------|-----------|-----------|
| Hypertrofie tonsillen | 25 (298) | 19 (196) | 11 (99) | 6 (48) |
| Doofheid | 11 (136) | 12 (124) | 15 (127) | 19 (159) |
| Otitis media met effusie | 4 (49) | 7 (71) | 11 (95) | 16 (134) |
| Otitis media acuta | 12 (141) | 10 (106) | 7 (63) | 5 (42) |
| Nerveus-functionele klachten | 4 (51) | 9 (91) | 8 (73) | 6 (49) |
| Otitis media chronica/cholesteatoom | 5 (54) | 5 (52) | 4 (32) | 4 (35) |
| Sinusitis | 6 (66) | 5 (47) | 5 (47) | 4 (24) |
| Tracheïtis/laryngitis/pseudocroup | 2 (25) | 2 (24) | 5 (42) | 5 (44) |
| Rhinitis | 2 (24) | 4 (37) | 5 (41) | 4 (30) |
| Tonsillitis | 5 (62) | 3 (29) | 3 (25) | 1 (12) |
| Epistaxis | 2 (25) | 2 (24) | 3 (27) | 4 (33) |
| Overige | 21 (262) | 21 (232) | 23 (200) | 25 (209) |
| Totaal aantal verwijzingen KNO-arts | 100 (1193) | 100 (1033) | 100 (871) | 100 (819) |
| Verwijscoëfficiënt per 1000 patiëntjaren | 20 | 18 | 15 | 13 |

In de KNO-praktijk daarentegen behoren doofheid, otitis media met effusie, hypertrofie van de tonsillen en otitis media chronica/cholesteatoom tot de meest – via verwijzing door de huisarts – gepresenteerde aandoeningen. Het verwijspercentage is laag voor verkoudheid, cerumen, otitis media acuta, sinusitis, tonsillitis en otitis externa, en hoog voor hypertrofie van de tonsillen, doofheid, otitis media chronica/cholesteatoom, neusseptumdeviatie en poliepen van neus of stembanden. Van de nieuwe gevallen van carcinoom van keel of larynx en van otosclerosis werd 100 procent verwezen.

Het verwijscoëfficiënt daalde van 20 per 1000 patiëntjaren in het begin van de jaren '70 tot 13 per 1000 patiëntjaren op het eind van de jaren '80 (tabel 2). Daarbij veranderde het spectrum van aandoeningen waarvoor werd verwezen aanzienlijk. Met name het aandeel van hypertrofie van de tonsillen daalde sterk. Ook het aandeel van otitis media acuta en tonsillitis daalde. De belangrijkste toename werd gevonden voor otitis media met effusie en in iets mindere mate voor doofheid.

Beschouwing

Het verwijscoëfficiënt voor verwijzingen naar KNO-artsen bleek de afgelopen twintig

jaren met ongeveer 35 procent te zijn gedaald. Vooral het aandeel van hypertrofie van de tonsillen en otitis media acuta nam sterk af. Deze trend is in overeenstemming met eerdere bevindingen.

Vanaf de vroege jaren zeventig kwam de wijd verspreide gewoonte van tonsillectomie onder vuur. Hypertrofe en incidenteel ontstoken tonsillen bleken samen te gaan met een uitstekende prognose bij afzien van medisch ingrijpen.^{14,15} Het aantal tonsillectomieën daalde daarop sterk in Nederland: in 1974 werden 108.330 tonsillect(adenotomieën) uitgevoerd, in 1985 29.300, in 1990 19.715.^{16,17} Bij otitis media acuta veranderde het beleid in Nederland spoedig na de publikaties van Van Buchem *et al.*^{18,19} De paracentese-gewoonte (KNO-artsen hielden tot ver in de jaren zeventig in de weekends vaste 'prik-uurtjes' waarheen de dienstdoende huisarts kinderen met otitis media acuta verwees) verdween als sneeuw voor de zon. Niet een behandeling met antibiotica zoals in de Angelsaksische landen, maar een beleid van 'watchful waiting' vond ingang.²⁰

Het in deze studie gevonden verwijscoëfficiënt is duidelijk lager dan de 27 en 30 per 1000 patiënten per jaar, op basis van respectievelijk ziekenfondsgegevens en gegevens uit de Nationale Studie.^{5,21} Ons verwijscoë-

fficiënt benadert de 19 per 1000 patiëntjaren uit het Transitieproject.

Uit de literatuur is bekend dat het spectrum van aandoeningen van kinderen verschilt van dat van volwassenen, en dat jongetjes vaker aandoeningen presenteren dan meisjes, en ook vaker worden verwezen.²² Opmerkelijk – en anders dan bij vrijwel alle andere aandoeningen – bleken voor KNO-aandoeningen mannen vaker dan vrouwen te worden verwezen. Deze bevinding deed ook *Fleming* bij vergelijkend onderzoek in Nederland, Groot-Brittannië en Denemarken.²³ Wij hebben hiervoor geen verklaring. De huisartsenregistraties melden voor mannen en vrouwen vrijwel gelijke incidentiecijfers van KNO-aandoeningen.

Bij de interpretatie van de verwijsgegevens uit de CMR en de vergelijking met bevindingen van anderen is met enkele punten rekening te houden. Ten eerste betreffen de cijfers alle patiënten, ongeacht de verzekeringsvorm. De vrije toegankelijkheid van de tweede lijn voor particulier verzekerden zal echter nauwelijks tot onderschatting van het verwijscoëfficiënt leiden, omdat ook deze contacten vaak als verwijzing kunnen worden geregistreerd, dankzij de vrijwel sluitende schriftelijke berichtgeving van medisch specialisten aan

huisartsen. Ten tweede worden herhaalverwijzingen niet meegerekend. De cijfers zijn daarmee, zoals boven betoogd, niet geschikt om het verwijsgedrag van huisartsen te beschrijven. Tevens kan de vergelijking met landelijke gegevens hierdoor mank gaan, ook al is de CMR-populatie qua leeftijd en geslacht goed te vergelijken met die van de Nederlandse bevolking. Ten derde zijn enkele structurele variabelen (regio, grote-stadsproblematiek, allochtonen, migratiegraad, praktijkvorm) dusdanig in de CMR vertegenwoordigd, dat daarvan waarschijnlijk een verlagende invloed uitgaat op het verwijscijfer. Ook de overwegend kritische houding van de CMR-huisartsen draagt hieraan waarschijnlijk bij.

De registratie in de CMR geschiedt zeer volledig en betrouwbaar. De opvallende verschillen in het verwijzbeleid in de afgelopen 20 jaar voor hypertrofie van adenoïd en tonsillen, otitis media acuta en otitis media met effusie kunnen worden gezien als een validering van de gegevens. Het is immers genoegzaam bekend dat (huis)artsen deze aandoeningen op grond van overtuigend wetenschappelijk bewijsmateriaal anders zijn gaan behandelen. Maar ook veranderde diagnostische mogelijkheden zijn daarvoor mogelijk verantwoordelijk. Ten aanzien van de gevonden stijging van het verwijscijfer voor doofheid gelden waarschijnlijk andere verklaringen, zoals het ter beschikking komen van betere hoortoestellen en de hogere eisen die ouders stellen aan behoud van communicatiemogelijkheden.

Literatuur

- 1 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 2 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. 2e dr. Leijdestad: Meditekst, 1994.
- 3 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. 2e dr. Utrecht: Bunge, 1994.
- 4 Rutten GEHM, Thomas S. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge, 1993.
- 5 Gloerich ABM, Van der Zec J. Deelproject van de nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelij. Utrecht: Nivel, 1992.
- 6 Van Weel C. Luchtwegaandoeningen in de huisartspraktijk. Incidentie, prevalentie, therapie en verwijzingen in het Monitoring-project. Huisarts Wet 1982; 25(Suppl): 12-9.
- 7 Dekker J, Driessen M-J, Stumpel H, et al. Verwijzingen door huisartsen naar logopedisten. Huisartsen en andere personen als signaleerders van stoornissen. Huisarts Wet 1992; 35: 425-7.
- 8 Kuyvenhoven MM, De Melker RA, Van der Velden J. Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen bij bovenste-luchtweginfecties. Huisarts Wet 1993; 36: 7-10.
- 9 Appelman CLM, Claessen JQPJ. Recurrent acute otitis media [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1992.
- 10 Schilder AGM. Long-term effects of otitis media with effusion in children [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993.
- 11 Dagnelie CF. Sore throat in general practice [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994.
- 12 Van Weel C, Van den Bosch W, Van den Hoogen H. De Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen. Huisarts Wet 1986; 29: 373-7.
- 13 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM. Verwijzen bij oogheelkundige aandoeningen. Huisarts Wet 1994; 37: 281-4.
- 14 Paradise JL. Why T & A remains moot. Pediatrics 1972; 49: 648-51.
- 15 De Melker RA. Tonsillectomie en adenotomie vanuit het gezichtspunt van de huisarts. Huisarts Wet 1978; 21: 143-7.
- 16 Hoogendoorn D. Schatting van de aantallen tonsillectomieën en adenotomieën bij kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 913-5.
- 17 Anoniem. Jaarboek LIZ 1990. Zeist: VNZ, 1990.
- 18 Van Buchem FL, Dunk JHM, Van 't Hoff MA. Therapy of otitis media: myringotomy, antibiotics or neither? Lancet 1981; ii: 883-8.
- 19 Van Buchem FL, Peeters MF, Van 't Hoff MA. Acute otitis media: a new treatment strategy. BMJ 1985; 290: 1033-7.
- 20 Froom J, Culpepper L, Grob P, et al. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network. BMJ 1990; 300: 582-7.
- 21 Mookink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- 22 Van den Bosch WJHM. Epidemiologische aspecten van morbiditeit bij kinderen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992.
- 23 Fleming DM. The European study of referrals from primary to secondary care. Amsterdam: Thesis, 1993.